

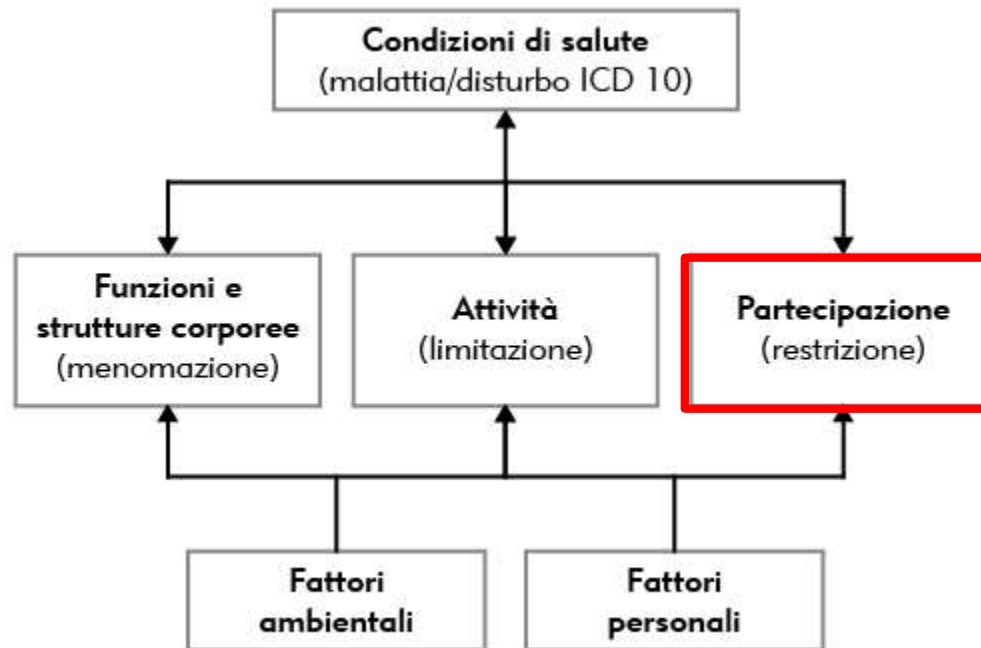
VALUTAZIONE E GESTIONE DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO ALL'APPARATO LOCOMOTORE

Indicazioni per la formulazione del giudizio d'idoneità

Paolo Mascagni

S.C. di Medicina del Lavoro, Igiene e Tossicologia Industriale e Ambientale - Ospedale PIO XI
Desio (MB), ASST della Brianza

Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute



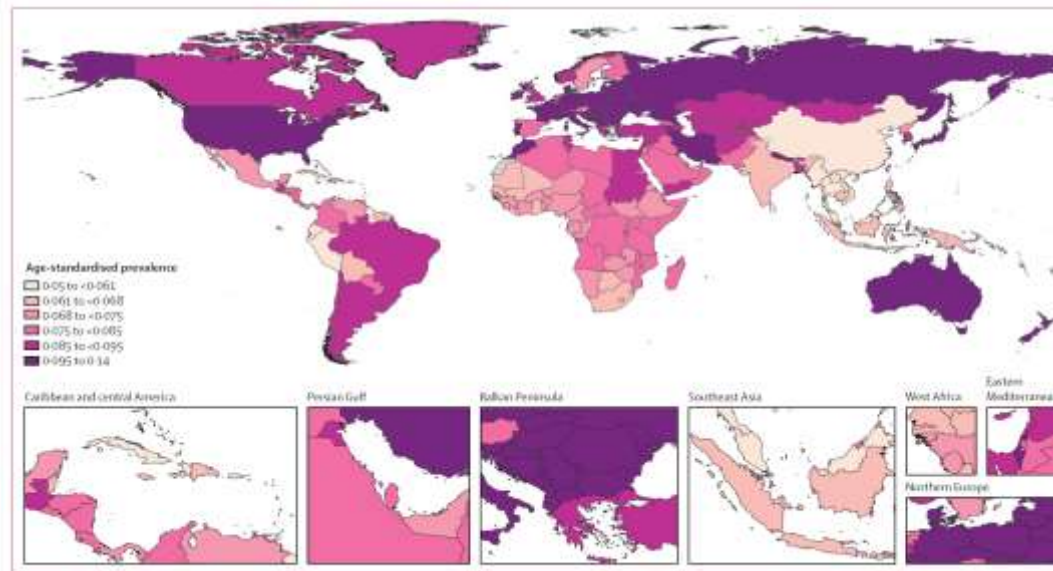


Figure 1: Age-standardised prevalence of low back pain by country for male and female sexes combined and all ages in 2020

Central Europe	12.7% (11.4–14.3)	12.6% (11.3–14.2)	12.5% (11.2–14.2)	20.0 (17.9–22.3)	19.2 (17.4–21.3)	18.0 (16.3–20.0)
Western Europe	9.44% (8.41–10.6)	9.39% (8.34–10.6)	9.34% (8.28–10.5)	60.4 (53.3–66.8)	61.7 (54.8–68.2)	61.4 (54.4–67.7)

Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations

W. Brinjikji, P.H. Luetmer, B. Comstock, B.W. Bresnahan, L.E. Chen, R.A. Deyo, S. Halabi, J.A. Turner, A.L. Avins, K. James, J.T. Wald, D.F. Kallmes, and J.G. Jarvik

RESULTS—Thirty-three articles reporting imaging findings for 3110 asymptomatic individuals met our study inclusion criteria. The prevalence of disk degeneration in asymptomatic individuals increased from 37% of 20-year-old individuals to 96% of 80-year-old individuals. Disk bulge prevalence increased from 30% of those 20 years of age to 84% of those 80 years of age. Disk protrusion prevalence increased from 29% of those 20 years of age to 43% of those 80 years of age. The prevalence of annular fissure increased from 19% of those 20 years of age to 29% of those 80 years of age.

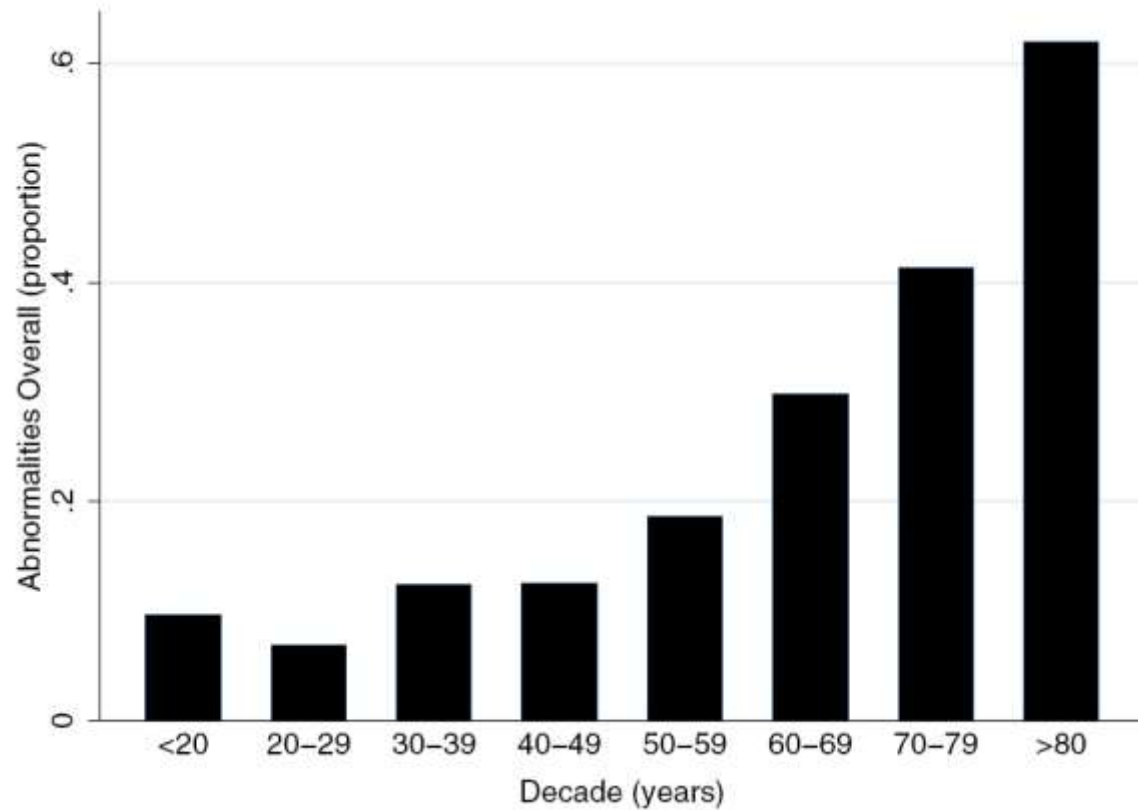
Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Disk bulge	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%



REVIEW ARTICLE

A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age

Teun Teunis, MD, Bart Lubberts, BSc, Brian T. Reilly, BSc, David Ring, MD, PhD*



IDONEITA' DEL LAVORATORE CON PATOLOGIA MUSCOLO SCHELETRICA: PROBLEMATICHE PER IL MEDICO COMPETENTE

1) Possibilità di iniziare o riprendere l'attività lavorativa



2) Tempi di inidoneità assoluta



3) Valori limite di peso da movimentare



Principali patologie vertebrali impattanti sul lavoro



L'ERNIA DEL DISCO LOMBARE O CERVICALE

LA STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE

LA SPONDILOLISTESI

LE FRATTURE TRAUMATICHE O DA STRESS

AFFEZIONI DEI TENDINI DELLE GUAINE E DELLE BORSE

Spalla:

tendinopatie (impingement, conflitto) della cuffia dei rotatori (usualmente del sovraspinoso);
tendinopatia del capo lungo del m. bicipite;
borsite;

Gomito/avambraccio:

epicondilite laterale, epicondilite mediale (epitrocleite);
borsite olecranica;
tendinopatia dell'inserzione distale del tricipite;

Polso/mano/dita:

tendiniti e tenosinoviti dei muscoli flessori ed estensori;
malattia di De Quervain;
cisti, dita a scatto;

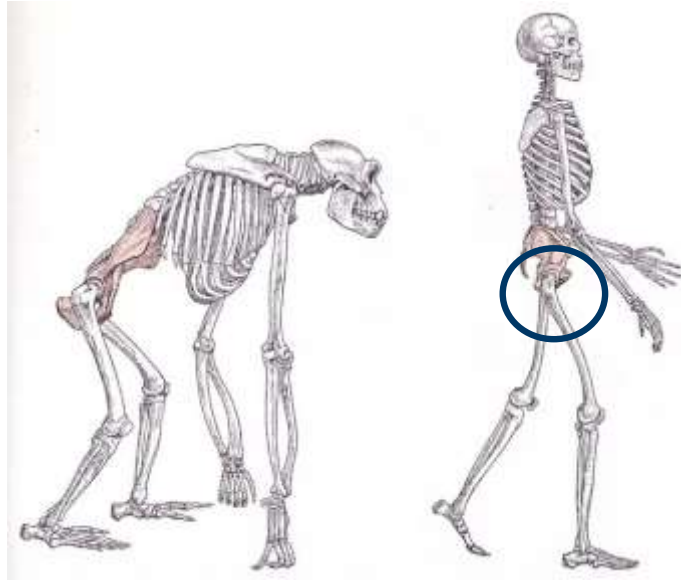
NEUROPATIE PERIFERICHE DA COMPRESSIONE

sindrome dello stretto toracico*;
sindrome del tunnel cubitale (intrappolamento del n. ulnare al gomito);
sindrome del pronatore rotondo, sindrome dell'arcata di Frohse (del nervo interosseo anteriore)*;
sindrome del nervo interosseo posteriore*.
sindrome del tunnel carpale;
sindrome del canale di Guyon;

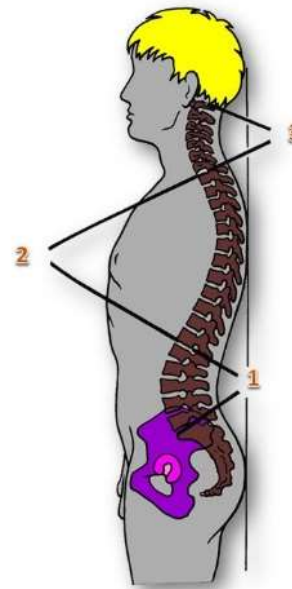
ALTRE PATOLOGIE

artrosi acromion-claveare e gleno-omerale*;
rizoartrosi (artrosi trapezio-metacarpale)

EVOLUZIONE UMANA DA STAZIONE QUADRUPEDICA A BIPEDICA



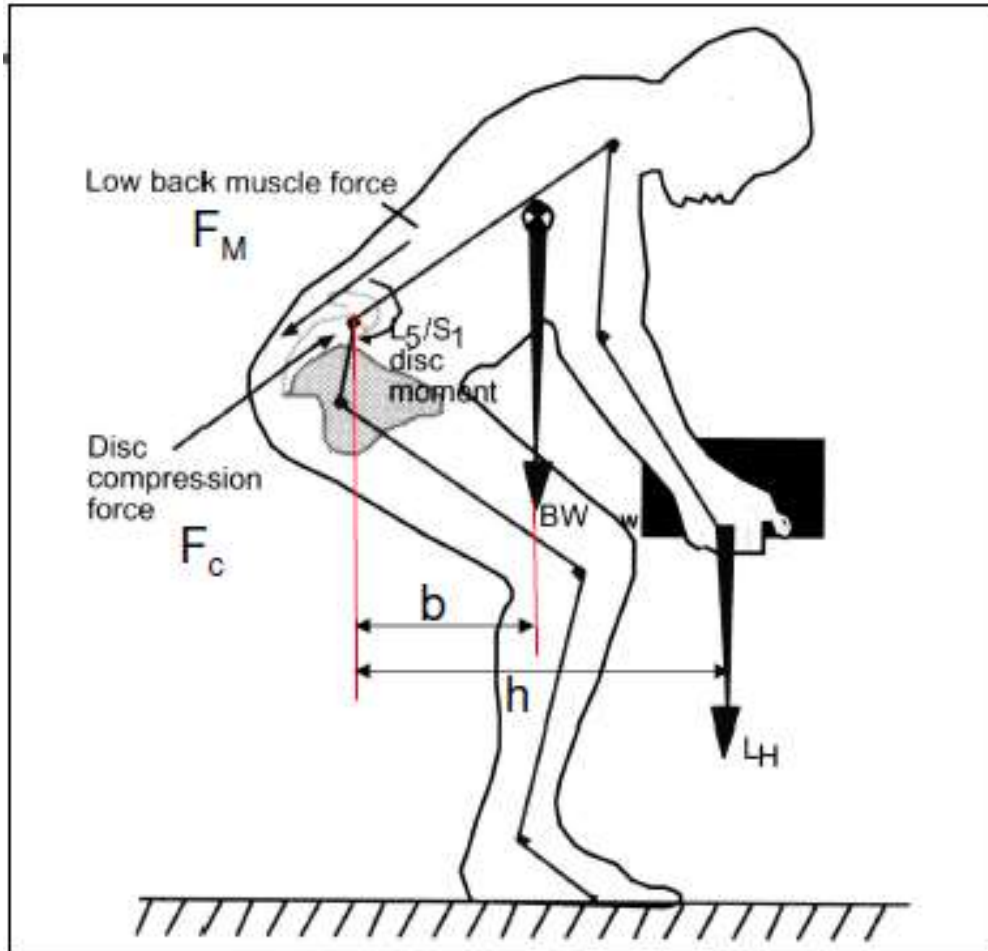
IL PUNTO DI MINOR RESISTENZA E DI MASSIMA SOLLECITAZIONE SI TROVA A LIVELLO DELLA CERNIERA LOMBOSACRALE



Euler's law :
 $R = N^2 + 1 = 10$

The resistance of the flexible is multiplied by the figure equal to the squared number of the curves plus 1

FORZE SU L5-S1



BW peso del corpo

L_H peso del carico

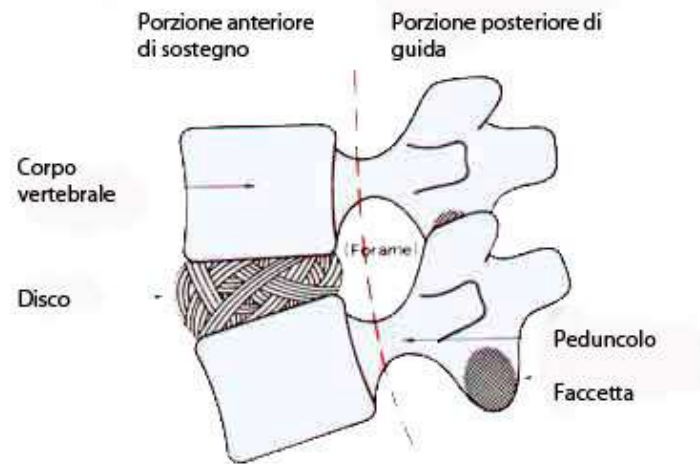
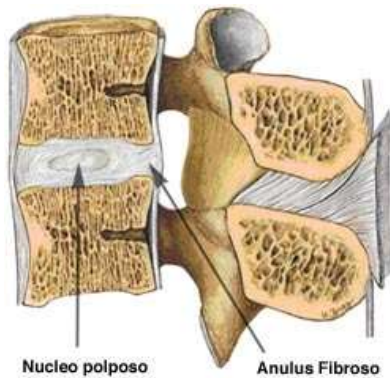
b distanza $CM_{\text{corpo}} - L_5/S_1$

h distanza $CM_{\text{oggetto}} - L_5/S_1$

(CM: centro di massa)



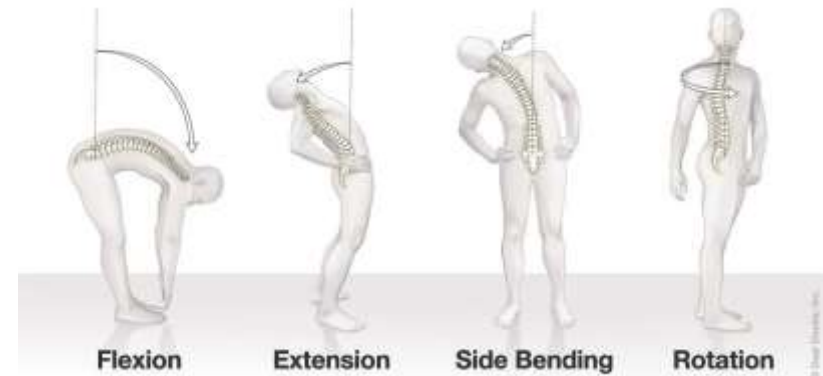
CENNI DI BIOMECCANICA



Il rachide può essere diviso in:

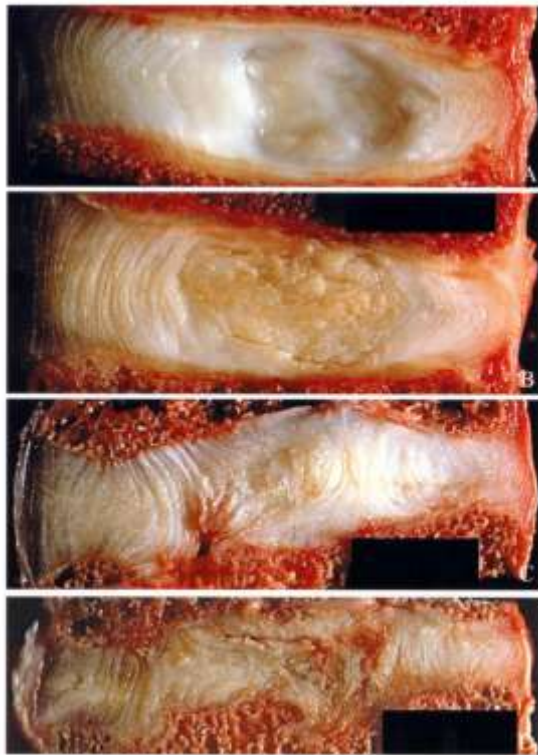
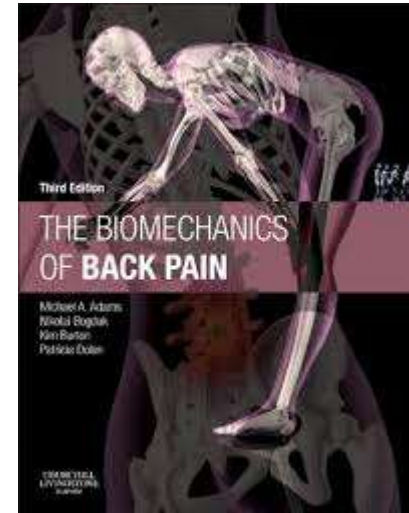
- **Colonna portante anteriore:** successione dei corpi vertebrali e dischi intervertebrali.
- **Due colonne portanti posteriori:** successione dei massici articolari.

In condizioni fisiologiche i carichi assiali imposti dalla stazione eretta si ripartiscono per **80% sulla colonna portante anteriore** e per il restante 20% sulle due colonne portanti posteriori.



Le colonne posteriori insieme ai legamenti ed ai muscoli permettono i movimenti di flessione-estensione, di bending laterale e torsione. Piccoli movimenti di minima ampiezza ad ogni livello funzionale che portano lungo il sistema plurisegmentario a movimenti di grande ampiezza.

Michael A Adams. The biomechanics of Back Pain. Volume 22, Issue 4



Research article

Open Access

Cumulative occupational lumbar load and lumbar disc disease – results of a German multi-center case-control study (EPILIFT)

Andreas Seidler^{*1}, Annkatrin Bergmann², Matthias Jäger³, Rolf Ellegast⁴, Dirk Ditchen⁴, Gine Elsner⁵, Joachim Grifka⁶, Johannes Haerting², Friedrich Hofmann⁷, Oliver Linhardt⁶, Alwin Luttmann³, Martina Michaelis⁷, Gabriela Petereit-Haack⁸, Barbara Schumann^{1,2} and Ulrich Bolm-Audorff⁸

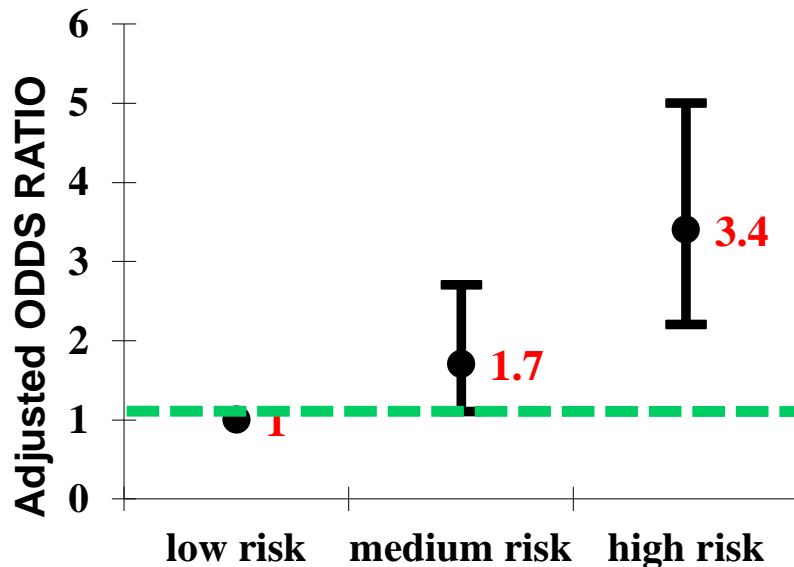
Published: 7 May 2009

BMC Musculoskeletal Disorders 2009, 10:48 doi:10.1186/1471-2474-10-48

Received: 11 September 2008

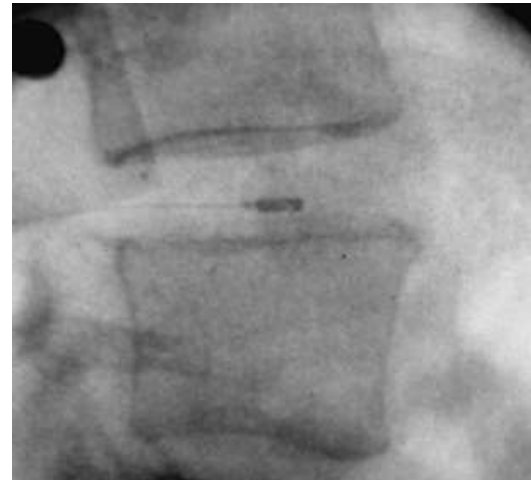
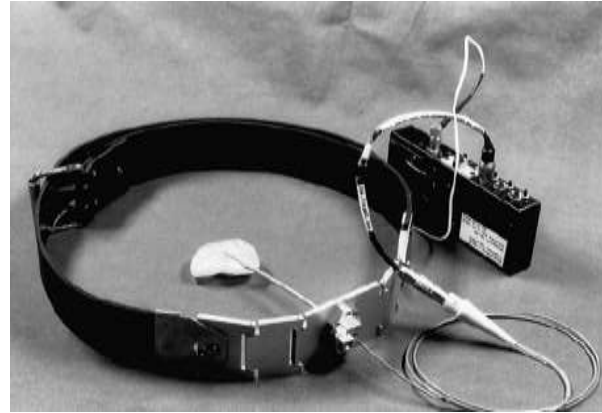
Accepted: 7 May 2009

RR per ernia discale



New *In Vivo* Measurements of Pressures in the Intervertebral Disc in Daily Life

Hans-Joachim Wilke, PhD,* Peter Neef, MD,† Marco Cairi, MD,‡ Thomas Hoogland, MD,§
and Lutz E. Claes, PhD*



New *In Vivo* Measurements of Pressures in the Intervertebral Disc in Daily Life

Hans-Joachim Wilke, PhD,* Peter Neef, MD,† Marco Caimi, MD,‡ Thomas Hoogland, MD,§ and Lutz E. Claes, PhD*

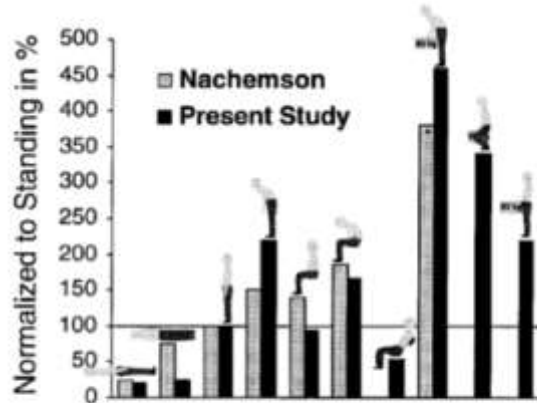


Figure 11. A comparison between data of Nachemson^{17,19} and those of the current study (both for 70-kg individuals) regarding intradiscal pressure in common postures and activities, normalized to standing. Lifting weight = 20 kg in the current study; *lifting weight = 10 kg in Nachemson study.

Table 1. Intradiscal Pressure Values for Different Positions and Exercises

Position	Pressure (MPa)
Lying supine	0.10
Lying on the side	0.12
Lying prone	0.11
Lying prone, extended back, supporting on elbows	0.25
Laughing heartily, lying laterally	0.15
Sneezing, lying laterally	0.38
Peaks by turning around	0.70–0.80
Relaxed standing	0.50
Standing, performing vasalva maneuver	0.92
Standing, bent forward	1.10
Sitting relaxed, without backrest	0.46
Sitting actively straightening the back	0.55
Sitting with maximum flexion	0.83
Sitting bent forward with tight supporting the elbows	0.43
Sitting slouched into the chair	0.27
Standing up from a chair	1.10
Walking barefoot	0.53–0.65
Walking with tennis shoes	0.53–0.65
Jogging with hard street shoes	0.35–0.95
Jogging with tennis shoes	0.35–0.85
Climbing stairs, one stair at a time	0.50–0.70
Climbing stairs, two stairs at a time	0.30–1.20
Walking down stairs, one stair at a time	0.38–0.60
Walking down stairs, two stairs at a time	0.30–0.90
Lifting 20 kg, bent over with round back	2.30
Lifting 20 kg as taught in back school	1.70
Holding 20 kg close to the body	1.10
Holding 20 kg, 60 cm away from the chest	1.80
Pressure increase during night (over a period of 7 hr)	0.10–0.24

IDONEITA' DEL LAVORATORE CON PATOLOGIA MUSCOLO SCHELETRICA: PROBLEMATICHE PER IL MEDICO COMPETENTE

1) Possibilità di iniziare o riprendere l'attività lavorativa



2) Tempi di inidoneità assoluta



3) Valori limite di peso da movimentare



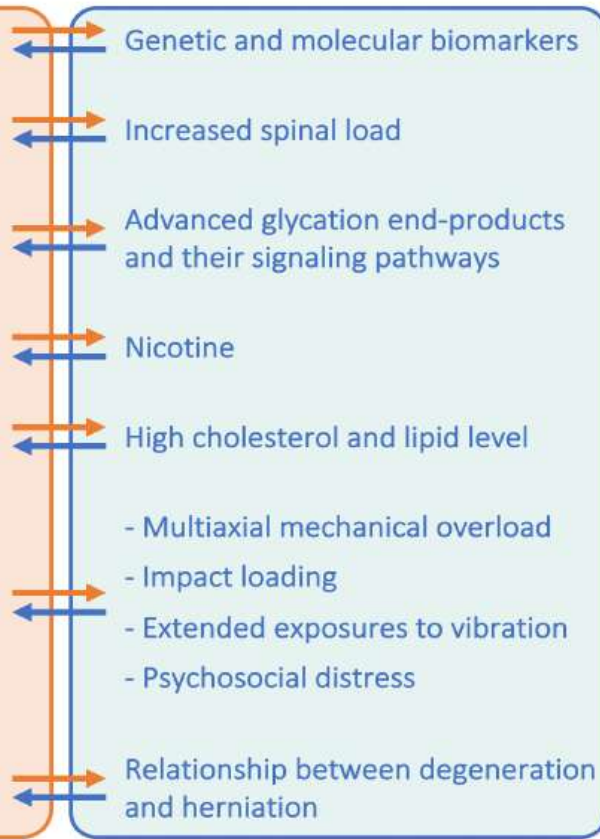
(A)

Clinical: Risk factors and high-risk population for herniation



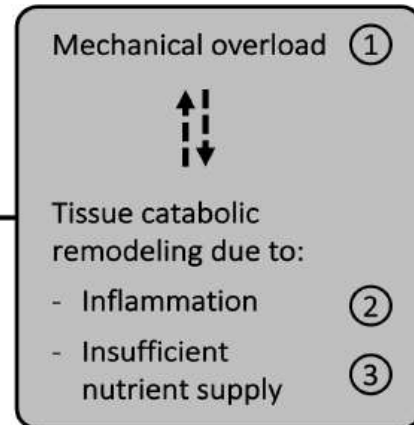
(B)

Basic science: Research topics revolved around clinical risk factors



(C)

Basic science: Key hypotheses in herniation research



→ Identify

← Provide potential mechanistic explanation

⇄ Not-fully-understood relationship within the context of herniation

Prevalence, clinical predictors, and mechanisms of resorption in lumbar disc herniation: a systematic review

Lin Xie¹, Chenpeng Dong¹, Hanmo Fang², Min Cui¹, Kangcheng Zhao¹, Cao Yang¹, Xinghuo Wu^{1*}

¹ Department of Orthopaedics, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, 430022, Wuhan, China.

² Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, 430022, Wuhan, China

Keywords: Lumbar disc herniation, Spontaneous resorption, Systematic review

Orthopedic Reviews

Vol. 16, 2024

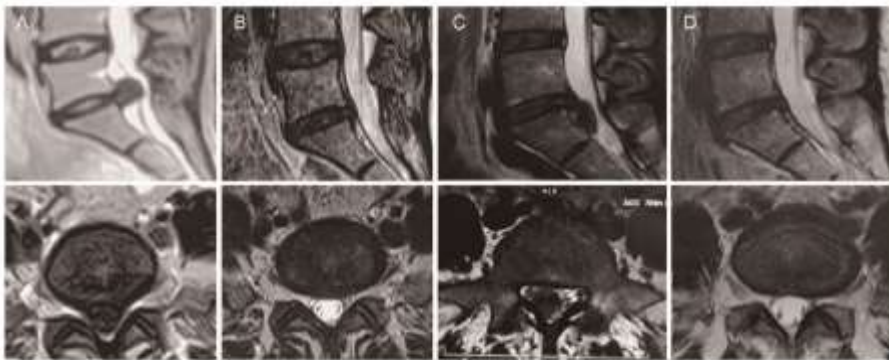


Figure 2. Sagittal and axial MRI scans demonstrating resorption of herniation at 3-month follow-up. (A) Baseline MRI. (B) MRI at 3-month follow-up. (C) Baseline MRI. (D) MRI at 3-month follow-up. MRI-magnetic resonance imaging.

In general, four pathophysiologic mechanisms are widely recognized, including (1) cascading inflammatory response, (2) neovascularization, (3) macrophage infiltration-mediated immune response, and (4) matrix protease activation for degradation ([Figure 5](#)).

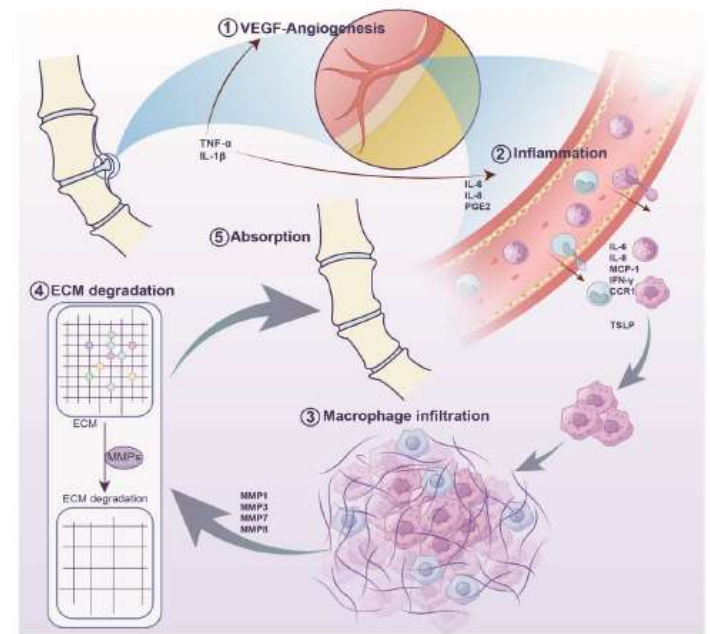
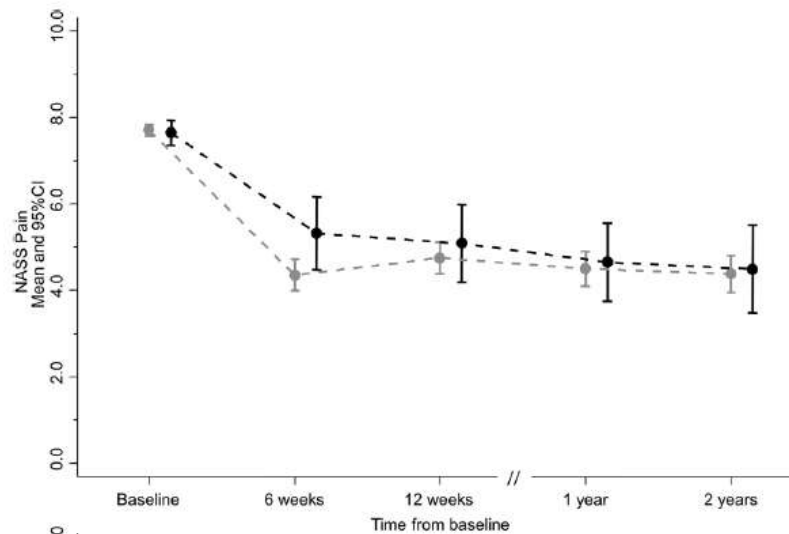


Figure 5. The main mechanism of spontaneous resorption of LDH.

BMJ Open Surgical versus conservative treatment for lumbar disc herniation: a prospective cohort study

Marinella Gugliotta,¹ Bruno R da Costa,² Essam Dabis,³ Robert Theiler,^{3,4} Peter Jüni,^{5,6} Stephan Reichenbach,^{7,8} Hans Landolt,¹ Paul Hasler³



Conclusions: Compared with conservative therapy, surgical treatment provided faster relief from back pain symptoms in patients with lumbar disc herniation, but did not show a benefit over conservative treatment in midterm and long-term follow-up.

Activity Restrictions After Posterior Lumbar Discectomy

A Prospective Study of Outcomes in 152 Cases With No Postoperative Restrictions

Eugene J. Carragee, MD,* Michael Y. Han, MA,† Benjamin Yang, BS,† David H. Kim, MD,‡
Helena Kraemer, PhD,§ and James Billys, MD||

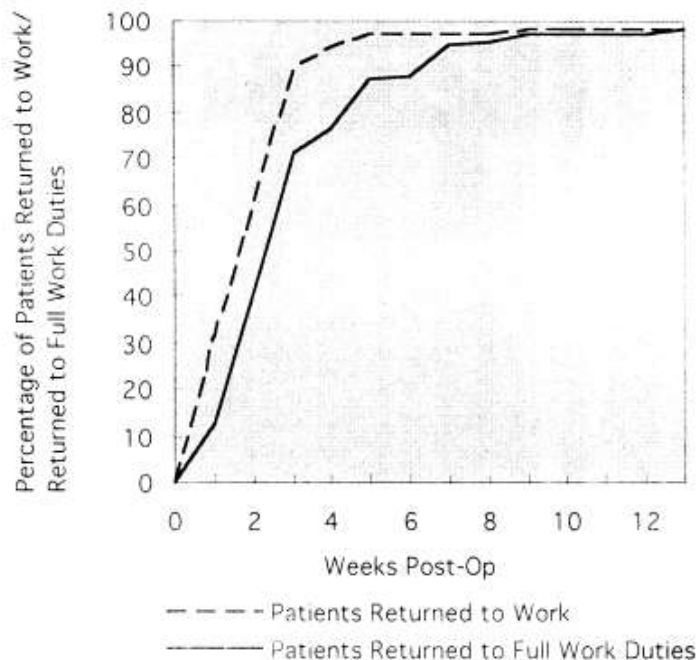


Figure 1. Return to work/return to full work duties Kaplan-Meier plot.

Results. One hundred forty-nine of the 152 patients (98%) returned to work. The average work loss was 1.2 weeks and 148 of 149 patients had returned to full duty by 8 weeks. Approximately one-third of the group returned to work within 1 week of surgery (32%), many the next day. Statistical analysis demonstrated very early return to work did not correlate with either recurrent sciatica, reoperation for reherniation, or ultimate clinical outcome. Seventeen patients (11.2%) had possible reherniations (recurrent sciatica) and eight underwent reoperation (5.3%).

Conclusion. Lifting of postoperative activity restrictions after limited discectomy allowed shortened time to return to work relative to the 4 to 16 weeks commonly recommended. Complication rates appear comparable to those reported in the literature for patients under postoperative restrictions. Postoperative restrictions may not be necessary in most patients. [Key words: intervertebral disk displacement, postoperative complications, discectomy, herniated disk, return to work] **Spine 1999;24:2346-2351**

Activity Restrictions After Posterior Lumbar Discectomy

A Prospective Study of Outcomes in 152 Cases With No Postoperative Restrictions

Eugene J. Carragee, MD,* Michael Y. Han, MA,† Benjamin Yang, BS,† David H. Kim, MD,‡ Helena Kraemer, PhD,§ and James Billys, MD||

Table 2. Clinical Outcome Analyses

	Postoperative Sick Leave [mean (wk)]	Postoperative Time to Full Duties [mean (wk)]
Total average (n=152)	1.2 (n=149)	2.2 (n=149)
Discectomy level		
L4–L5 discectomy	1.3	2.6
L5–S1 discectomy	1.1	2.0
Litigation status		
Involved in litigation	2.0	5.0
Not involved in litigation	1.2*	2.2*
Workers' Compensation status		
Workers' compensation	2.0	3.8
Non-Workers' compensation	1.0‡	1.9‡
Work type		
Light work	1.0	1.8
Medium work	1.4	2.3
Heavy work	1.4	3.4‡
Gender		
Male	1.1	2.2
Female	1.6*	2.4
Clinical outcome		
Excellent/good (total score >6)	1.2	2.3
Fair/poor (total score ≤6)	1.4	1.9

* $0.01 \leq P < 0.05$.

† $0.001 \leq P < 0.01$.

‡ $P < 0.001$.

The University of New South Wales, Medicine,
Rural Clinical School, Port Macquarie Campus

2013



Rotator Cuff Tear Size

A commonly cited classification system for full-thickness rotator cuff tears was developed by Cofield (1982)⁴³. The classification system is:

1. small tear: less than 1cm
2. medium tear: 1–3cm
3. large tear: 3–5cm
4. massive tear: greater than 5cm.

Resting injured limbs delays recovery: A systematic review

Charlotte E. Nash, BE, Sharon M. Mickan, PhD, Chris B. Del Mar, MD, FRACGP, and Paul P. Glasziou, PhD, FRACGP

For this reason it is important for the clinician to facilitate the injured worker to remain at work where possible.

RECOMMENDATION 7 Grade: Consensus

In established rotator cuff syndrome, maintaining activity within the limits of pain and function should be recommended. Its reported benefits include: earlier RTW; decreased pain, swelling and stiffness; and greater preserved joint range of motion.

Appropriatezza della diagnosi e del trattamento chirurgico dell'ernia del disco lombare sintomatica

PNLG 9

Data di aggiornamento: ottobre 2008

“L'ernia del disco lombare sintomatica è una patologia degenerativa del disco intervertebrale che si manifesta con un quadro clinico caratterizzato da mal di schiena, radicolopatia compressiva sciatica o crurale, e limitazione o impotenza funzionale. Gli studi di storia naturale indicano che le ernie del disco intervertebrale si riassorbono spesso del tutto o in parte, e che la sintomatologia a essa associata regredisce di frequente con i trattamenti conservativi. Ernie del disco lombare vengono riscontrate con la diagnostica per immagini con frequenza elevata anche in persone del tutto asintomatiche. **L'ernia discale è dunque un fenomeno dinamico, nonché una condizione relativamente comune e *a prognosi favorevole nella maggior parte dei casi.***”



Dave Matthews Band violinist Boyd Tinsley revealed via Twitter

(https://twitter.com/bt_dmb/status/465705215857930240) that he recently underwent surgery for Carpal Tunnel Syndrome. The violinist said that he was diagnosed about a week ago, had the surgery three days ago and that his hand is “already back to normal.” On tour, Tinsley, 49, says he will wear a splint or ace bandage while his incision heals. The violinist has confirmed to *Relix* that he will indeed perform at all shows on the band’s upcoming tour.

VINCENZA CALI'

15 ottobre 1983



«Penso che sia assurdo abbandonare il proprio mondo per un infortunio. Ho sempre creduto fino in fondo che mi sarei potuta rialzare come già avevo fatto in passato. Infatti solo otto mesi dopo l'operazione di ernia al disco, ho vinto i 200 metri ai campionati italiani assoluti di Bressanone siglando anche il personale. Mi ripeto sempre, mille volte caduta, mille volte rialzata».

Pechino, 2008

Erniectomia nel 2003

2008 primato personale di 22"98 200 metri piani, allora record italiano

2008 record nazionale staffetta 4×100 metri in 43"04



DR. [REDACTED]

Sig.: [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

ROTTURA CUFFIA DEI ROTATORI SPALLA DESTRA

Riferisce recente comparsa improvvisa di algia alla spalla destra durante partita di tennis (persistenza del sintomi anche

Si pone indicazione ad intervento chirurgico di artroscopia della spalla destra per sutura funzionale della cuffia dei rotatori. Consiglio esercizi per il mantenimento del tono muscolare della spalla (ripresa progressiva del tennis), ghiaccio locale. Evitare attività overhead e sforzi ripetuti (tipo sollevare o mobilizzare pesi) anche sull'attività lavorativa.

IDONEITA' DEL LAVORATORE CON PATOLOGIA MUSCOLO SCHELETRICA: PROBLEMATICHE PER IL MEDICO COMPETENTE

1) Possibilità di iniziare o riprendere l'attività lavorativa



2) Tempi di inidoneità assoluta



3) Valori limite di peso da movimentare



LOMBALGIA ACUTA

STRATEGIA CONSERVATIVA

ERNIA SENZA DEFICIT FUNZIONALI

Riposo al letto non oltre
2-4 giorni in fase acuta



Ritornare a essere attivi
non appena possibile



Continuare l'attività
abituale nel limite del
dolore

ERNIA DEL DISCO

RIENTRO AL LAVORO



Trattamento conservativo (80% dei casi):

Lavoro sedentario: 2-3 settimane

Lavoro fisicamente pesante: 4-6 settimane

Trattamento chirurgico in assenza di complicanze:

Lavoro sedentario: 4 settimane

Lavoro fisicamente pesante: 8-12 settimane

Trattamento chirurgico con recidive e/o complicanze:

Lavoro sedentario: 9-10 settimane

Lavoro fisicamente pesante: 12-13 settimane

STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE

RIENTRO AL LAVORO

Trattamento conservativo:

Lavoro sedentario: 2-4 settimane

Lavoro fisicamente pesante: 6-8 settimane

Trattamento chirurgico in assenza di complicanze: Laminectomia

Lavoro sedentario: 6-8 settimane

Lavoro fisicamente pesante: 3-4 mesi

Laminectomia + artrodesi

Lavoro sedentario: 2 mesi

Lavoro fisicamente pesante: 6 mesi

SPONDILOLISTESI

RIENTRO AL LAVORO

Trattamento conservativo:

Lavoro sedentario: 3-6 settimane

Lavoro fisicamente pesante: 8-12 settimane

Trattamento chirurgico in assenza di complicanze:

Lavoro sedentario: 8-10 settimane

Lavoro fisicamente pesante: 4-6 mesi

FRATTURE INSTABILI – STABILIZZAZIONE VERTEBRALE

RIENTRO AL LAVORO

Trattamento conservativo:

Lavoro sedentario: non prima di 3 mesi

Lavoro fisicamente pesante: oltre 5–6 mesi

CONDIZIONI CHE POSSONO PORTARE ALLA INIDONEITA' PERMANENTE ALLA MMC

- **Ernia + alterazione del balance saggitale**
- **Ernia + scoliosi gravi**
- **Ernia + discopatie + Modic diffuso**
- **Deficit neurologici importanti**
- **Recidive di ernia, recidive di intervento**

RIPARAZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

RIENTRO AL LAVORO

Attività a bassa richiesta per l'arto superiore: 6-8 settimane

Attività ad alta richiesta per l'arto superiore: 3-6 mesi

Recupero totale del lavoro: 6-10 mesi dall'intervento



Le prime 24 settimane sono a rischio di recidiva

La maggior parte dei soggetti può riprendere la guida dopo 6 settimane dall'intervento



STC – NEUROLISI DEL NERVO MEDIANO

RIENTRO AL LAVORO

Lavoro leggero e postazione adattabile: 1-2 settimane

Lavoro con basso impegno dell'arto superiore: 4-6 settimane

Lavori con elevato impegno dell'arto superiore: 6-8 fino a 12 settimane

La maggior parte dei soggetti può riprendere la guida dopo 1-2 settimane dall'intervento

IDONEITA' DEL LAVORATORE CON PATOLOGIA MUSCOLO SCHELETRICA: PROBLEMATICHE PER IL MEDICO COMPETENTE

1) Possibilità di iniziare o riprendere l'attività lavorativa



2) Tempi di inidoneità assoluta



3) Valori limite di peso da movimentare



Marianne L. Magnusson
Malcolm H. Pope
David G. Wilder
Marek Szpalski
Kevin Spratt

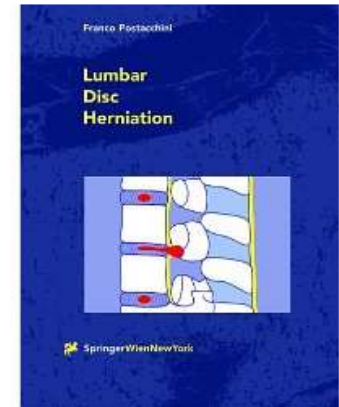
Is there a rational basis for post-surgical lifting restrictions? 1. Current understanding

There is no rational basis for current lifting restrictions. The risk to the spine is a function of many other variables as well as weight (i.e., distance of weight from body). The ad-



Per attività a carico più elevato il reinserimento praticabile a partire da 3 mesi

- **Dal secondo mese è consentito il carico fino a 15 Kg**
- **Dal terzo mese è consentito il carico fino a 25 Kg**



F. Postacchini: Lumbar Disk Herniation, Springer 1999

Decreto Legislativo n. 626/94

DOCUMENTO N. 14 LINEE GUIDA SU TITOLO V

La movimentazione manuale dei carichi

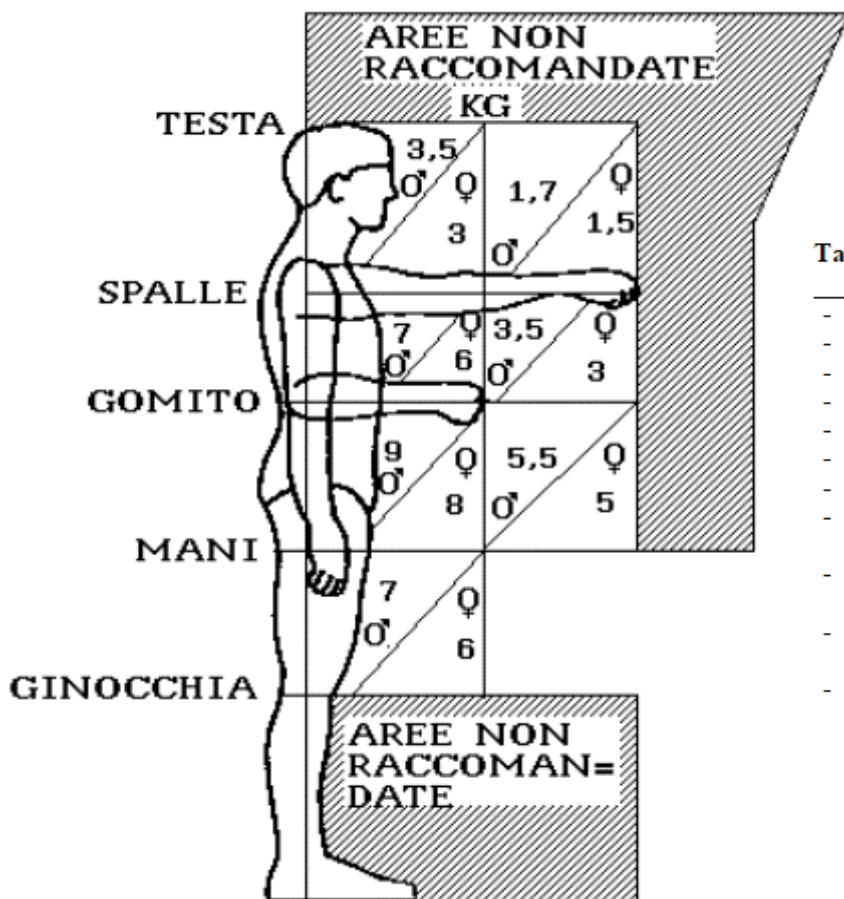


Tabella 8 - Patologie gravi a carico del rachide dorso-lombare

- Ernia discale in atto con compromissione radicolare
- Ernia discale: protrusione senza interessamento radicolare
- Ernia discale ridotta chirurgicamente
- Stenosi del canale con compromissione radicolare
- Spondilolistesi di 2° grado (scivolamento >25%)
- Sindrome di Klippel-Feil
- Scoliosi importanti (almeno 30° Cobb con torsione di 2)
- Morbo di Scheuermann con dorso curvo strutturato di circa 40° in presenza di discopatia nel tratto lombare
- Instabilità vertebrale grave (presenza in alcune patologie quali la spondilolistesi, Klippel-Feil, discopatia, fratture che comportano uno scivolamento vertebrale del 25%)
- Lesioni della struttura ossea e articolare di natura distruttiva o neoplastica (osteoporosi grave, angioma vertebrale, ecc.)
- Spondilite anchilosante (e altre forme infiammatorie).



Università degli Studi di Milano-Bicocca
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

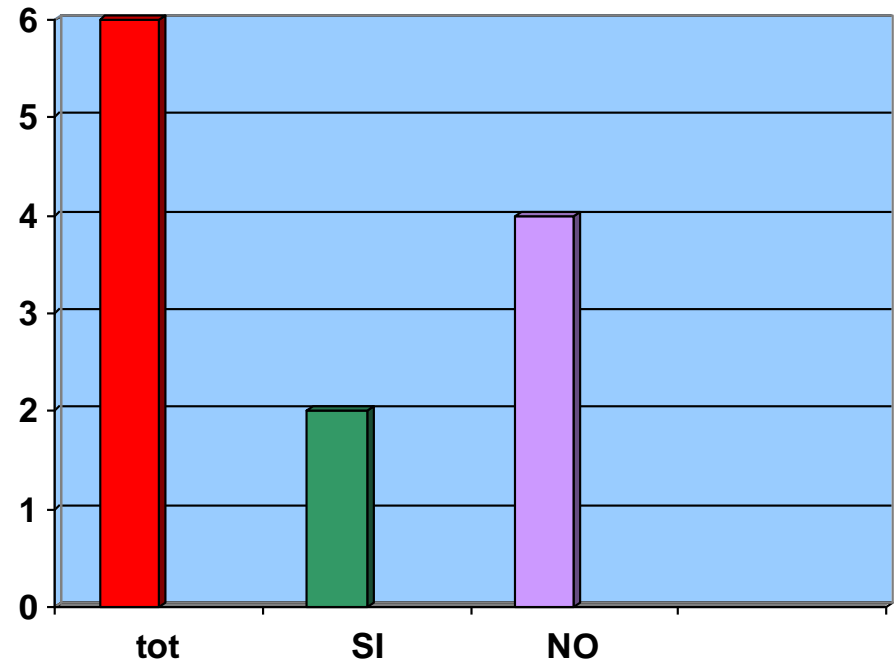
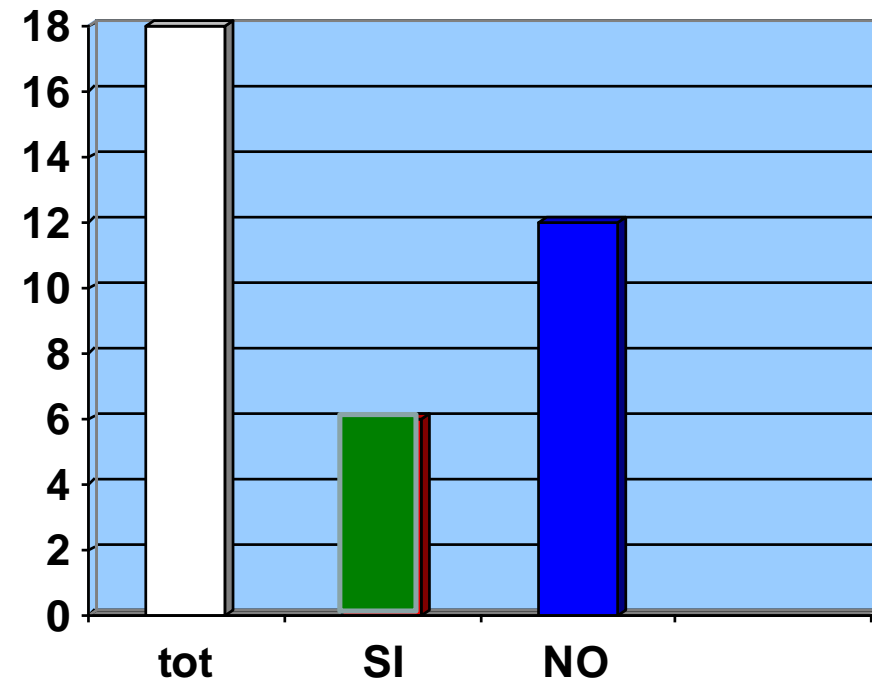
**FISIOTERAPIA E RIENTRO AL LAVORO:
SI APPLICA AL PAZIENTE RIAMMESSO AL LAVORO DOPO
INFORTUNIO O MALATTIA UN PROGETTO RIABILITATIVO
MIRATO ALLA RIPRESA DELLA CAPACITA' LAVORATIVA
SPECIFICA?
STUDIO PRELIMINARE DI UNA CASISTICA**



Anno Accademico 2010-2011



RISULTATI

“ è stato visitato da un fisioterapista e ha svolto delle sedute riabilitative per il suo problema? ”

“ è stato dedicato del tempo ad analizzare il suo gesto lavorativo? ”



 soggetti che hanno fatto fisioterapia
 soggetti che non hanno fatto fisioterapia

 soggetti che hanno svolto della FKT mirata
 soggetti che non hanno svolto FKT mirata

IDONEA CON LIMITAZIONI

alla mansione di INFERMIERA PRESSO CENTRO PRELIEVI con le seguenti limitazioni :

- Non adibire alla movimentazione manuale di carichi superiori a 3 Kg ;
- Evitare flessioestensioni ripetitive del tronco ;
- Non adibire a postura eretta prolungata garantendo l'alternanza posturale di almeno 10 minuti in posizione seduta ogni 20 minuti di ortostatismo ;
- Evitare lunghi e frequenti spostamenti

E con le seguenti PRESCRIZIONI :

- Dotare la postazione di prelievo di seduta regolabile in altezza, con appoggio lombare e poggiatesta ;
- Obbligo di utilizzo di mascherina FFP2 per tutto il turno

e pertanto dispone la MODIFICA del giudizio espresso dal medico competente

alla mansione di INFERMIERA ADDETTA PRESSO IL DAY HOSPITAL DI OCULISTICA con le seguenti limitazioni:

- Non adibire a compiti lavorativi che richiedono il mantenimento di posture ortostatiche, sia dinamiche che statiche, senza possibilità di alternanza posturale (almeno 10 minuti di postura assisa ogni 30 minuti di ortostatismo). Si consiglia seduta ergonomica;
- Non adibire alla movimentazione manuale di pazienti non autosufficienti e ad attività che richiedono il carico del rachide, specie se partendo da posture incongrue;
- Non sollevare carichi di peso > a 3 Kg in condizioni ottimali di carico;
- Evitare attività che richiedono accosciamento e/o inginocchiamento;
- Evitare attività che richiedono deambulazione protratta e il transito su scale

e pertanto dispone la MODIFICA del giudizio espresso dal medico competente

IDONEA CON LIMITAZIONI

alla mansione di INFERMIERA con le seguenti limitazioni :

- Non adibire alla movimentazione manuale dei pazienti ;
- Non adibire alla movimentazione manuale di carichi superiori a 5 kg ;
- Garantire l'alternanza posturale prevedendo l'adibizione a compiti in posizione seduta per 10 minuti ogni ora di attività in postura eretta

e pertanto dispone la **MODIFICA** del giudizio espresso dal medico competente

- Garantire l'alternanza posturale prevedendo l'adibizione a compiti in posizione seduta per 10 minuti ogni ora di attività in postura eretta
- Non adibire a compiti lavorativi che richiedono il mantenimento di posture ortostatiche, sia dinamiche che statiche, senza possibilità di alternanza posturale (almeno 10 minuti di postura assisa ogni 30 minuti di ortostatismo). Si consiglia seduta ergonomica;
- Non adibire a postura eretta prolungata garantendo l'alternanza posturale di almeno 10 minuti in posizione seduta ogni 20 minuti di ortostatismo ;

2023

La sorveglianza Sanitaria dei lavoratori

Analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art. 40 e dell'Allegato 3B del D. Lgs. 81/08

3.4. I principali rischi di WMSDs per AUSL

Giudizi AUSL	01 Movimentazione manuale dei carichi				02 Sovraccarico biomeccanico arti superiori				09 Vibrazioni corpo intero				10 Vibrazioni mano braccio				36 Rischi Posturali			
	Sorv.	Visitati	Parz.	%	Sorv.	Visitati	Parz.	%	Sorv.	Visitati	Parz.	%	Sorv.	Visitati	Parz.	%	Sorv.	Visitati	Parz.	%
01 AUSL Piacenza	69.744	43.086	6.127	14%	13.703	9.037	918	10%	15.121	12.210	1.906	16%	10.785	8.513	1.391	16%	38.164	25.076	1.761	7%
02 AUSL Parma	75.520	55.649	8.099	15%	43.004	30.867	3.372	11%	15.308	11.868	1.313	11%	12.694	10.346	1.575	15%	49.722	32.091	3.329	10%
03 AUSL Reggio Emilia	109.915	66.008	12.560	19%	45.152	32.809	5.607	17%	21.106	17.923	3.309	18%	17.665	14.551	2.915	20%	61.819	40.674	6.154	15%
04 AUSL Modena	148.590	92.306	27.114	29%	51.025	38.237	10.243	27%	35.384	29.074	10.480	36%	37.472	31.726	11.290	36%	109.894	67.782	16.827	25%
05 AUSL Bologna	139.437	89.832	15.613	17%	43.884	29.818	4.702	16%	25.802	17.061	2.926	17%	22.296	16.871	3.290	20%	107.773	62.676	8.777	14%
06 AUSL Imola	18.419	14.353	2.663	19%	7.616	5.682	1.083	19%	4.417	3.670	622	17%	4.408	3.621	855	24%	14.707	10.014	1.666	17%
09 AUSL Ferrara	44.765	31.096	8.002	26%	19.275	12.211	2.766	23%	9.941	8.356	1.694	20%	8.979	7.830	2.068	26%	35.408	22.108	5.155	23%
14 AUSL della Romagna	186.524	109.049	29.848	27%	61.649	46.743	14.034	30%	40.511	31.144	9.698	31%	35.602	27.976	9.497	34%	72.815	50.015	9.462	19%
Totale	792.914	501.379	110.026	22%	285.310	205.404	42.725	21%	167.590	131.306	31.948	24%	149.901	121.434	32.881	27%	490.302	310.436	53.131	17%

Tabella 39 – Tutte le AUSL - Rischio WMSDs. Numero di visite, giudizi di idoneità parziale e la loro percentuale sul totale dei visitati, distribuite per AUSL e i singoli rischi.

CONCLUSIONI

- 1) E' possibile e va incoraggiata la ripresa della precedente attività lavorativa per una significativa proporzione di lavoratori**
- 2) Il lavoratore dopo un'assenza patologia muscolo-scheletrica sostenere un vero e proprio percorso riabilitativo e deve essere educato ad un corretto stile di vita e di lavoro**
- 3) La pura limitazione ai Kg sollevabili sembra priva di razionale scientifico**
- 4) La formulazione dell'idoneità lavorativa deve essere centrata sulla mansione**
- 5) Il medico competente per esprimere l'idoneità deve conoscere non solo i contenuti del DVR ma soprattutto le condizioni cliniche del paziente**